Rok XXXII. Kraków, 1. Lipca 1893. Nr. 26.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Dok. Patrz Nr. 25.)

Pierwotne czyny człowieka były głównie odruchowe, t. j. bezpośrednio po zadziałaniu jakiegoś wrażenia zmysłowego występował odpowiedni ruch. Uczucie główną tu grało rolę i było też głównym bodźcem do czynu. Czyny takie nazywamy popędowymi.

I dziś jeszcze znajdujemy wielu ludzi o tak drażliwym układzie nerwowym, że działają pod wpływem chwilowego wrażenia, nie rozważając poprzednio całej doniosłości swych czynów.

Popędy mogą być szlachetne i nieszlachetne. Niejeden człowiek na widok nędzarza lub pozbawionego opieki, ciężko cierpiącego chorego uniósł się mimowolnie uczuciem litości i zapisał cały swój majątek albo przynajmniej znaczną część jego na cele dobroczynne, chociaż tego może później żałował. Częstsze nierównie są popędy nieszlachetne np. uniesienie się uczuciem gniewu lub zemsty do tego stopnia, że za błahą drobnostkę kaleczy ktoś lub nawet zabija najdroższe osoby, albo pod wpływem chwilowego, czasem nawet małoznaczącego niepowodzenia, targa się na własne życie.

Skłonność do popędów, zwana popędliwością, właściwa jest osobom w ogóle drażliwym a dalej osobom upośledzonym lub nierozwiniętym jeszcze dobrze umysłowo. Ztąd często się z nią spotykamy u młodzieńców, u dzieci i u ogłupiałych. W wieku dojrzałym popędy są rzadsze; w ich miejsce występuje zimna rozwaga. Natomiast widzimy ponownie popędliwość u starców, u których życie umysłowe chyli się ku upadkowi i staje się podobnem do dziecięcego.

Zwierzęta dzikie kierują się prawie wyłącznie popędami; zwierzęta domowe, wychowywane i kształcone odpowiednio, pozbywają się częściowo niektórych swych popędów; szczególnie widzimy to u psów dobrze tresowanych.

Niektóre popędy mają swe źródło w zadrażnieniu pewnych nerwów zmysłowych lub ogólnie czuciowych, powstałem skutkiem pewnych zmian w samym ustroju. Popędy takie mają bardzo wielkie znaczenie i często występują okresowo.

Jednym z najpotężniejszych popędów jest popęd płciowy. Pod jego wpływem dopuszczają się ludzie nieraz najrozmaitszych, niewłaściwych a często wprost zbrodniczych czynów, których później gorzko żałują, gdy, po zaspokojeniu swego chwilowego popędu, przychodzą do zimnej rozwagi. Pośrednio może często popęd płciowy dać powód także do różnych czynów szlachetnych.

Rozwagą nazywamy zastanawianie się nad doniosłością jakiejś sprawy. Wynikiem rozwagi jest sąd o danej rzeczy. Zastanawianie się nad różnego rodzaju sądami nazywamy rozsądzaniem a zdolność tę rozsądkiem. Rozwaga występuje tylko przy znaczniejszym zakresie wiadomości a gdy się tyczy myśli t. j. zdań i sądów więcej oderwanych, nazywamy ją także rozumowaniem, zdolność zaś samę rozumem. Rozumem w obszerniejszem znaczeniu nazywają niektórzy całą wiedzę człowieka, jeżeli jest obszerną i należycie uporządkowaną. Wyższy stopień rozumu nazywamy mądrością. Czyny wykonywane po głębszej i należytej rozwadze nazywamy też często czynami rozważnymi, względnie rozsądnymi a nawet rozumnymi. Nazwy te jednak nie są zupełnie ścisłe, bo często czyn jakiś, wykonany bez rozważania, może być rozsądnym a nawet rozumnym; inny zaś czyn, wykonany nawet po bardzo głębokiej i wszechstronnej rozwadze, może się komuś wydać nierozsądnym i nierozumnym, gdyż wyrazy rozsądny i nierozsądny, rozumny i nierozumny są wyrazami względnymi i nieraz jeden i ten sam czyn jedni uważają za

rozsądny i rozumny a inni za nierozsądny i nierozumny wedle swego sposobu myślenia. Stały sąd o pewnych rzeczach zowiemy przekonaniem, które również jest względne. Przekonanie niewzruszone nazywamy prawdą. Prawda jest zazwyczaj także względną, może być jednak i bezwzględną. Prawdę bezwzględną powinniśmy nazywać zasadą; zwykle jednak wyraz zasada ma to samo znaczenie, co przekonanie i może być także względną t. j. osobistą, lub bezwzględną t. j. ogólną. Zasady, któremi kierujemy się w działaniach różnych, nazywamy zazwyczaj prawidłami.

Wszystkie te wyrazy są pojęciami oderwanemi, chociaż właściwie wyrażają one zbiór czegoś rzeczywistego, t. j. zmysłami dostrzeżonego i nabytego a ujętego myślą w jedną całość ścisłą, t. j. dokładnie określoną. Do myślenia oderwanego trzeba stósunkowo wysokiego wykształcenia, t. j. obszernej treści nabytych wyobrażeń. W zaniku mózgu ta zdolność myślenia oderwanego najpierw bywa upośledzona, potem zmniejsza się treść nabytych wiadomości, t. j. wiedza a tem samem upada zdolność rozumowania, rozsądzania i rozważania; osoby więc nim dotknięte, ulegając głównie uczuciu, stają się popędliwemi. W miarę ubytku wiedzy upada także zdolność kojarzenia myśli i wyobrażeń; później staje się utrudnionem samo myślenie i to najpierw wyrazowe z tego powodu, że wypadają z pamięci nazwy różnych przedmiotów; mowa przeto staje się coraz bardziej ograniczoną, wreszcie zanikają najważniejsze i najlepiej ustalone wyobrażenia a wtedy zanika coraz bardziej myślenie obrazowe, co może potęgować się do tego stopnia, że nawet rozpoznawanie przedmiotów, dawniej bardzo dobrze znanych, staje się niemożliwem.

Dawniejsi filozofowie uważali tworzenie się myśli u człowieka jako czynność czysto duchową, nie mającą żadnej materyalnej podstawy. Dziś wątpię, czy dużo jeszcze znajdzie się zwolenników tego pojmowania rzeczy.

Cabanis w dziele swem: *Rapport du physique et du morale de l'homme*, uważa mózg za narząd tak samo, jak żołądek i wątrobę i twierdzi na tej podstawie, że mózg trawi w odpowiedni sposób wrażenia i wytwarza myśli jako właściwą sobie wydzielinę. Ustęp dotyczący dzieła jego brzmi dosłownie: *Nous concluons avec la même certitude, que le cerveau digère en quelque sort les impressions, qu'il fait organiquement la secretion de la pensée.*

Jakkolwiek nie wszyscy uczeni zgodzą się obecnie na takie porównanie, to jednak wszyscy przyznają, że podczas tworzenia się myśli, t. j. podczas czynności czysto duchowej odbywać się musi żywa przemiana materyi w istocie mózgowej, głównie w komórkach. Przemiana ta może być, jak we wszystkich objawach życiowych, częścią fizyczna, polegająca na różnego rodzaju ruchu drobinowym, podobnym do tego, jaki spostrzegamy przy tworzeniu się ciepła, światła, magnetyzmu i elektryczności, częścią zaś chemiczna, polegająca na częściowem lub zupełnem przeobrażeniu się drobin niektórych składników komórek mózgowych. To chemiczne przeobrażenie się może znowu polegać częścią na powiększaniu się prostych drobin, które stają się więcej złożone przez przyjęcie do składu swego pewnych ciał z otaczających soków odżywczych, lub też polegać może na rozkładzie złożonych drobin na proste. Pierwszy rodzaj zmian chemicznych zowiemy syntezą, drugi dyatezą albo dyalizą. Niezawodnie oba te rodzaje zmian chemicznych odbywają się równocześnie obok siebie w ten sposób, że podczas tworzenia się nowych, bardziej złożonych połączeń chemicznych, pewne składniki dawniejszych zostają zupełnie z połączenia wydzielone i jako takie lub też zmienione, przez połączenie się *in statu nascenti* z pewnemi ciałami otaczających soków odżywczych, dostają się następnie do tych ostatnich, aby jużto służyć do czynności innych komórek, jużto być zupełnie usuniętemi z organizmu, jako całkiem zbyteczne lub nawet szkodliwe.

Badanie chemiczne tak zwanych istot wyciągowych z nerwów i komórek nerwowych wykazuje obecność takich ciał rozkładowych, należących do wstecznej przemiany materyi. Ciałami temi są kwas mlekowy, moczowy, octowy, mrówkowy, kreatyna, ksantyna, hipoksantyna i t. p. Bardzo ważną rolę w czynności mózgowej stanowi kwas fosforowy i jego połączenia. Wood i Mendel wykazali, że w czasie snu zwiększa się wydzielanie fosforanów drogą moczu a przeciwnie zmniejsza się w czasie czynności umysłowej. Z tego wynika, że podczas czynności kory mózgowej kwas fosforowy, względnie fosforany, zostają w odpowiednich komórkach mózgowych zatrzymane, t. j. chemicznie z niemi połączone a więc następuje w tej czynności synteza chemiczna. Prawdopodobnie najważniejszą rolę w tym względzie gra lecytyna, która jest połączeniem kwasu dystearylglicerynofosforowego z neuryną. W połączeniu tem miejsce stearylu zajmować może także palmityl albo oleil.

Skład chemiczny lecytyny przedstawia wedle Diakonowa następujący wzór chemiczny:

$$C_3H_5\begin{cases} O\,.\,ST \\ O\,.\,ST. \end{cases}$$

$$PO\begin{cases} O \\ O\,H \\ O\,.\,N\begin{cases} (C\,H_3)_3 \\ C_2\,H_4\,.\,OH \end{cases} \end{cases}$$

Stecker nie uważa lecytyny za połączenie kwasu dystearyl- (względnie palmityl- albo oleil)-fosforowego z neuryną w rodzaju soli, jak Diakonow twierdzi, ale uważa lecytynę za rodzaj eteru i podaje następujący wzór chemiczny tego ciała:

$$C_3\,H_5\begin{cases} O\,.\,ST \\ O\,.\,ST \end{cases}$$

$$PO\begin{cases} O \\ OH \\ \left.\begin{matrix} O\,.\,C_2\,H_4 \\ (C\,H_3)_3 \end{matrix}\right\} N.OH \end{cases}$$

Neuryna ma wzór następujący . . . . . $N\begin{cases} C_2\,H_4 \\ (C\,H_3)_3 \end{cases}$

Jeżeli w przyjmowaniu nowych wrażeń zmysłowych tworzą się nowe obrazy zmysłowe i zostają zapamiętane, umysł nasz staje się bogatszym w treść a to łączyć się musi z przyrostem chemicznym.

Temu pojmowaniu rzeczy możnaby zarzucić, że treść mózgu, ułożonego u osób dorosłych w stałej jamie o twardych, niepodatnych ścianach kostnych, nie może się powiększać a przecież mimo to może się powiększać zakres wiadomości tych osób, czyli, mówiąc innemi słowy, możnaby sądzić, że powiększenie się treści umysłowej u człowieka nie może polegać na syntezie chemicznej. Na to muszę odpowiedzieć, że powiększenie się wiadomości, t. j. treści duchowej u człowieka dorosłego polega w przeważnej części na nowem grupowaniu się t. j. kombinacyi dawnych zapamiętanych

wrażeń a jeżeli istotnie następuje tworzenie się a raczej zapamiętanie zupełnie nowych obrazów zmysłowych, dziać się to może, jak wszyscy wiemy, tylko kosztem utraty pamięciowej dawniejszych obrazów. Mimowolnie przychodzą mi tu na myśl słowa prof. Piotrowskiego, który porównywał mózg do beczki napełnionej wodą po same brzegi. Jeżeli się do takiej beczki wlewa świeżej wody, zatrzymać się ona może w beczce o tyle tylko, o ile dawniej nagromadzona woda brzegami wycieka. Wiemy przecież wszyscy, że, gdy się uczymy nowych rzeczy, zapominamy dawniejszych.

Jakkolwiek do dziś dnia jeszcze nie znamy dokładnie sposobu, w jaki myśli się tworzą, to jednak to jest rzeczą pewną, że tworzenie się ich polega wyłącznie na czynności fizycznej, względnie chemicznej komórek mózgowych. Stwierdza to codzienne doświadczenie, które wykazuje, że w miarę zmiany lub zaniku komórek kory mózgowej zmienia się, względnie zanika, także tworzenie się wyobrażeń i myśli a równocześnie z tem zmienia się, względnie ustaje wola człowieka, t. j. popęd do czynów, względnie czyny same.

Najlepiej to zobaczymy w opisie różnych rodzajów chorób umysłowych, co będzie przedmiotem jednego z przyszłych moich odczytów; obecnie zwrócić muszę uwagę Panów na tę okoliczność, że tworzenie się wyobrażeń, uczuć i myśli, jakoteż wola i wszelkie czynności umysłowe nie zawsze polegają wyłącznie na zmianach w mózgu.

Już Cabanis zauważył, że w niektórych cierpieniach narządów wewnętrznych a szczególnie w cierpieniach trzew dolnej części brzucha, jesteśmy w mniejszym lub większym stopniu skłonni do czucia lub do myślenia.

Choroby tych narządów wytwarzają, zmieniają, zaburzają a niekiedy wywracają zupełnie zwykły bieg uczuć i myśli. Niezwykłe jakieś i dziwaczne zachcianki zaczynają się wytwarzać; nieznane dotychczas wyobrażenia zajmują umysł i nowe skłonności owładają wolą; a co szczególniejsza, umysł w tym czasie może się niekiedy zdobyć na większą wzniosłość, wyższą siłę, twórczość i dzielność a dusza kieruje się uczuciem tkliwszem i szlachetniejszem. W ten sposób myśli wesołe lub smutne, uczucia tkliwe lub potworne zależą wprost od tego, w jaki sposób pewne trzewa brzuszne odczuwają wrażenia na nie działające.

Skoro stan trzew, dodaje Cabanis, zmieniać może w ten sposób całkowicie bieg uczuć i myśli, łatwo więc może on także być powodem różnych chorób umysłowych, które przecież nie są niczem innem, jak tylko objawem zboczenia i braku zgodności w zwykłych wrażeniach i czynnościach.

Często też spostrzedz można objawy chorób umysłowych, które mają swe źródło w zmianach czucia jakichkolwiek narządów wewnętrznych. Zmiany te mogą być jużto ostre t. j. przemijające, jużto przewłoczne t. j. długotrwałe. Choroby narządów płciowych np. są bardzo często źródłem chorób umysłowyah, które ustępują nieraz dopiero wtedy, gdy te narządy powrócą do prawidłowej czynności. (Cabanis *Histoire physiologique des sensations, 2-o memoires*).

Cabanis ma słuszność twierdząc, że uczucia, myśli, przedsięwzięcia i czyny człowieka zależą nie tylko od wrażeń otrzymywanych przez właściwe narządy zmysłowe, ale także od czynności różnych narządów wewnętrznych a niekiedy nawet wyłącznie od tych ostatnich. Ten wpływ różnych narządów wewnętrznych na życie umysłowe może być dwojaki; albo zmiany w narządach działając na nerwy w nich umieszczone wpływają za ich pośrednictwem na czynności mózgu i zmieniają je mniej lub więcej; albo też zmiany w narządach wewnętrznych zmieniają częściowo lub zupełnie czynność tych ostatnich i prowadzą przez to do dostawania się do obiegu krwi składników nieprawidłowych lub też nagromadzanie się takich składników w nadmiernej ilości, które przez prawidłową czynność danych narządów powinny być zniszczone, względnie wydalone z ustroju. Powstała w ten sposób nieprawidłowa mięszanina krwi wpływa we właściwy sobie sposób na pewne czynności mózgowe i sprawia odpowiednie objawy chorobowe. Stan taki możnaby nazwać zatruciem własnem ustroju (*autochthone Intoxication)* a przykłady tego rodzaju widzimy nieraz w chorobach nerek przez zatrucie składnikami moczu, w chorobach wątroby przez zatrucie kwasami żółciowemi, w cukrzycy przez nadmierną ilość cukru i t. p. W przeciwieństwie do zatrucia własnego ustroju widzimy często zmiany czynności umysłowych przez różne ciała obce dla ustroju, jak n. p. różne trucizny, względnie leki roślinne, zwierzęce lub mineralne, które z zewnątrz do ustroju się dostały. Zatrucia te możnaby nazwać obcemi.

Przykłady tego rodzaju zatrucia obcego są bardzo częste. Trucizny te mogą prowadzić do chorób umysłowych jużto bezpośrednio, przez działanie wprost na pewne komórki mózgowe, już też pośrednio przez działanie na pewne narządy wewnętrzne, które przez zmianę swej czynności sprawiają ze swej strony zboczenie w czynnościach umysłowych. Widzimy to najlepiej w różnych chorobach zakaźnych tak gorączkowych jak i niegorączkowych. Często w tym razie możnaby mówić o zatruciu mięszanem t. j. obcem i własnem zarazem.

Z tego wszystkiego, co przytoczyłem, widzimy, że źródła chorób umysłowych szukać należy nie tylko w samym mózgu, ale we wszystkich narządach ustroju. Ztąd też pochodzi, że w wielu chorobach umysłowych nie znajdujemy żadnych zmian chorobowych w mózgu a jeżeli się z czasem jakie wytworzą, to powstają one bardzo często dopiero następowo a nie pierwotnie. Dla tego też i choroby umysłowe dzielimy słusznie na pierwotne i następowe, chociaż nie zawsze źródło ich poznać zdołamy i nie zawsze ściśle rozróżnić zdołamy, czy w danym przypadku mamy do czynienia z chorobą pierwotną, czy następową umysłu. W każdym razie w badaniu i ocenianiu stanu umysłowego człowieka, musimy cały ustrój poddać najściślejszemu i wszechstronnemu badaniu i niepomijać żadnej, choćby na pozór małoznaczącej zmiany jakiegokolwiek narządu, bo doświadczenie uczy, że źródłem bardzo poważnych zmian w czynnościach umysłowych bywają nieraz nieznaczne tylko zmiany, bądź w nerwach, bądź w różnych narządach, tak zmysłowych jak i jakichkolwiek wewnętrznych i właśnie dla tego, iż nie zawsze psychiatrzy tej zasady się trzymają i nie badają dosyć ściśle i dokładnie całego ustroju, chorobą dotkniętego, nieznaną jest dla wielu chorób umysłowych ani istotna przyczyna, ani właściwa siedziba, ani też prawdziwe źródło chorobowe. Z tych też przyczyn nie mamy do dziś dnia ani ściśle naukowego podziału chorób umysłowych, ani nie posiadamy dokładnych wskazówek do należytego ich leczenia i oceniania, względnie rokowania. Opierać się więc musimy w podziale chorób umysłowych i ich leczeniu wyłącznie prawie na pewnych ogólnych tylko objawach chorobowych a dla rokowania nie mamy żadnej prawie pewnej podstawy i w przeważnej liczbie przypadków nie możemy nic stanowczego powiedzieć,

ani co się tyczy czasu trwania, ani co się tyczy uleczności danej choroby. Doświadczeniem tylko zebrali psychiatrzy pewne wskazówki, na które będę się starał zwrócić uwagę podczas opisywania szczegółowych form chorobowych.

II. W sprawie krwotoków płucnych.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.)

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Pomijając nic nie mówiące doświadczenia Waldenburga na 3 królikach dla rozstrzygnięcia sporu, jaki się toczył między Niemayerem, zwolennikiem *phthisis ab haemoptoë* a Traubem, podjęli Perl i Lippmann[1]) szereg doświadczeń na królikach, a wyniki swej pracy streszczają w następujących zdaniach:

1) Wylana krew do płuc dochodzi do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych; w większych oskrzelach nie ma już skrzepów po 12 godzinach.

2) Wylana krew do płuc zdrowych nie jest bodźcem zapalnym, tylko bywa powoli wchłaniana, nie zostawiając żadnych zmian w miąższu płucnym z wyjątkiem miernego rozdęcia (*emphysema)* dotkniętych i sąsiednich części.

Sommerbrodt[2]), który w tym samym celu pod jął doświadczenia na psach, dochodzi do odmiennego nieco wyniku i twierdzi, że następstwem wylania się krwi jest nieżytowe zapalenie płuca. Wreszcie Nothnagel[3]) przy sposobności ogłoszenia swego spostrzeżenia o szybkim przechodzeniu ciałek krwi czerwonych da przegród międzypęcherzykowych po wylaniu się krwi do płuc wspomina, że jeszcze w 1865 r. zachęcony przez Traubego przedsięwziął szereg doświadczeń w tym samym celu, co Perl, Lippmann i Sommerbrodt; ponieważ jednak doszedł do wyników ujemnych, podobnie jak Perl i Lippmann, dla tego drukiem ich nie ogłosił. Doświadczenie te, zwłaszcza wykazanie szybkiego wchłaniania wylanej krwi w płucach nie bardzo popierały spostrzeżenia kliniczne. Nie zrażony tem jednak postanowiłem jeszcze raz przeprowadzić szereg doświadczeń, które naturalnie nie miały już za zadanie rozstrzygnąć sprawy *phthisis ab haemoptoë*, w jakim to celu dokonywano przytoczonych prac, lecz za cel sobie wytknąłem zbadanie w ogóle, jak zachowuje się krew wylana do do płuc i czy wywołuje jakie zmiany?

Doświadczenia robiłem na psach i królikach w sposób nastąpujący.

U zwierzęcia przywiązanego na grzbiecie odszukiwałem z zachowaniem przepisów antyseptyki i aseptyki tętnicę szyjną (*a. carotis*) i wprowadzałem w nią szklaną kaniulę, którą łączyłem z cienkim, elastycznym, na końcu uciętym cewnikiem, a po otwarciu tchawicy i wprowadzeniu do niej cewnika dość głęboko zwalniałem zaciskacz na tętnicy i wpuszczałem pewną ilość krwi (od 5—20 grm. mniej więcej). Czego dokonawszy podwiązałem tętnicę, zespoiłem tchawicę i ranę. Zwierzęta wszystkie znosiły zabieg dobrze; po odwiązaniu zachowywały się normalnie.

Po 1, 2, 3 i t. d. dniach zwierzęta zabijałem przez zachloroformowanie. Przy sekcyi przekonałem się, że rana najczęściej zagojona była *per primam intentionem*; błona śluzowa tchawicy i oskrzeli grubszych i średnich blada, niezmieniona. Płuca po obejrzeniu wkładałem do alkoholu a następnie badałem mikroskopowo zatapiając w celuloidynie lub parafinie a następnie barwiąc hematoksyliną, błękitem metylenowym, karminem, podbarwiając najczęściej eozyną.

Doświadczeń dokonałem razem 22 t. j.: na 6 psach, i 16 królikach. Zwierzęta po doświadczeniu żyły od godziny do 3 tygodni. Ogólny obraz, jaki z badania otrzymałem, przedstawia się następnie: Krew wlana do tchawicy dostawała się w większej ilości do prawego, niż do lewego płuca; w niektórych doświadczeniach udało się wprowadzić cewnik do oskrzela grubszego tak, że przeważnie krew znajdywano tylko w jednem płucu. Krew ta nagromadzała się przeważnie około wnęki płuca i w dolnych płatach. Miejsca te można było poznać po wiśniowem zabarwieniu. W małej liczbie przypadków już po dniach 8—10 nie można było rozpoznać mikroskopowo miejsca, w których krew była poprzednio a w większej liczbie przypadków jednak i na 20 dni pozostawały rozsiane i osobne plamki wiśniowe wśród miąższu, gdzie krew stwierdzono. Po rozcięciu w oskrzelach grubszych i drobniejszych już po jednym dniu skrzepów nie znalazłem.

Dla przedstawienia mikroskopowego obrazu przytoczę kilka protokołów z doświadczeń.

Doświadczenie I. Królik. Wlano w wyżej opisany sposób około 6 grm. krwi, zachloroformowano po godzinie. Płuco prawe koło wnęki wypełnione krwią, przeważnie jednak dolny płat. Oskrzela skrzepem wypełnione, a pod mikroskopem pęcherzyki płucne wypełnione dokładnie czerwonemi ciałkami krwi, między którymi widać gdzie niegdzie ciałka białe; w interstycyach ciałek czerwonych nie widać. — W oskrzelikach ciałka czerwone i nitki włóknika.

Doświadczenie II. Pies. Po wlaniu krwi i zeszyciu rany, zachowuje się zupełnie prawidłowo. Zabity przez zachloroformowanie w 48 godzin. Płuca wyjęte, przeważnie prawe wypełnione krwią, w oskrzelach skrzepów nie widać. Pod mikroskopem pęcherzyki wypełnione ciałkami czerwonemi a w każdym obok nich widać po kilka lub kilkanaście komórek dużych, z wyraźnem jądrem, kształtem odpowiadających komórkom śródbłonkowym (*endothelium*) wyścielającym ściany pęcherzyków i znaczniejszą liczbę ciałek białych; w oskrzelikach drobnych już nie można dobrze odróżnić ciałek czerwonych, w wielu miejscach masa drobnoziarnista (*detritus*) wśród niej ciałka białe i złuszczony przybłonek oskrzelików.

Doświadczenie III. Pies. Zachloroformowany po 96 godzinach (4 dni). Pod mikroskopem pęcherzyki przedstawiają obraz podobny jak po 48 godzinach; w niektórych pęcherzykach jednak w miejsce czerwonych ciałek widać tylko drobnoziarnisty barwik, komórek wśródbłonkowych mniej — a w niektórych z nich wewnątrz ciałka czerwone lub tylko złogi z nich barwikowe. W oskrzelikach najdrobniejszych więcej złuszczonego przybłonka a niekiedy w sąsiedztwie oskrzelika naciek drobnokomórkowy (*peribronchitis*).

Obraz mikroskopowy opisany w tych 3 doświadczeniach, które by nie powtarzać się, jako wzór przytoczyłem, zgadza się w pewnej części z opisem podanym przez Sommerbbrodta. Jako następstwo dostania się krwi do pę-

---

[1]) Virch. Arch. T. 51. 1879.
[2]) Virch. Arch. T. 55. 1873.
[3]) Virch. Arch. T. 71. 1877.

cherzyków widzimy pewną reakcyę ze strony tkaniny płucnej, objawiającą się złuszczeniem i pęcznieniem nabłonka — nagromadzeniem się jego w pęcherzykach wśród ciałek czerwonych, jak to już opisał Sommerbrodt, a nadto, jak mój opis wskazuje, emigracyą ciałek białych do pęcherzyków. — Reakcya ta odbywa się i w najdrobniejszych oskrzelikach; w nich bowiem widzimy również złuszczenie się przybłonka i to nieraz w takiej ilości, że zapchane zostaje całe światło oskrzelika a zadrażnienie to szerzy się i w sąsiedztwo oskrzelika, o czem świadczą drobnokomórkowe nacieki, jakie nie rzadko spostrzegamy. — Nie wchodzę na razie, jak nazwać tę zmianę, czy *katarrhalische Pneumonie*, jak ją Sommerbrodt nazywa mimo, że opisuje tylko samo złuszczenie się nabłonków w pęcherzykach, — czy wprost zadrażnieniem nieżytowem (*katarrhalische Reizung*) tak w pęcherzykach jak drobnych oskrzelach; w każdym razie stwierdzamy fakt, że krew dostawszy się do płuca zdrowego, nie jest czynnikiem obojętnym, wywołuje bowiem reakcyę, objawiającą się złuszczeniem, pęcznieniem i nagromadzeniem nabłonka (*endotelium*) w pęcherzykach, jak również immigracyą ciałek białych — podobną zmianę w oskrzelach drobnych i w ich sąsiedztwie. — Reakcyą tę ze strony tkaniny płucnej dobrze rozwiniętą można już stwierdzić w przeciągu dnia jednego — najwybitniejszą między 2—4 dniem, a łagodnieje średnio koło 6-go — stósownie do ilości wlanej krwi i prawdopodobnie indywidualności zwierzęcia.

W dniach następnych płuca przyjmują inny obraz; dlatego pozwolę sobie znów dla przykładu przytoczyć kilka doświadczeń.

Doświadczenie IV. Pies. Zachloroformowany po 6. dniach.

Płuca koło wnęki mało krwią wypełnione; opłucna, przeważnie na prawem płucu lekko pomarszczona. Pod mikroskopem ciałka czerwone gdzieniegdzie utrzymane — tu i owdzie kępki barwika żółtawego, jużto wolne, jużto wewnątrz komórek. Pod mikroskopem zamiast regularnych pęcherzyków płucnych widzimy nieregularne przestwory powietrzne oddzielone od siebie zgrubiałą tkanką międzymiąższową o drobnokomórkowym nacieku — nieraz tak rozwiniętą, że na pewnym obszarze preparatu zupełnie przestworów powietrznych nie widać. Oskrzeliki drobne w pewnej części wypełnione drobnoziarnistą masą rozpadową, w której widać złuszczony przybłonek, lub tylko tym ostatnim, — a w sąsiedztwie oskrzelików drobnokomórkowy naciek.

Doświadczenie V. Pies. Zachloroformowano po 8 dniach. Obraz mikroskopowy ten sam, co po 6 dniach.

Doświadczenie VI. Pies. Zachloroformowany po 11 dniach. Obraz mikroskopowy ten sam, nadto pewna liczba pęcherzyków płucnych, o kształtach prawidłowych, wypełniona całkowicie złuszczonym nabłonkiem, wewnątrz których sporo żółtego barwika tak, że wejrzenie ich przypomina komórki sercowe (*Herzzellen*).

Doświadczenie VII. Pies. Zachloroformowany po 21 dniach. Obraz podobny jak po 11 dniach.

Z szeregu tych doświadczeń widzimy, że wlanie krwi do płuc nie ogranicza się na reakcyi opisanej wyżej, rozwijającej się przeważnie w pierwszych dniach 6-ciu, lecz zmiany postępują dalej. Pęcherzyki płucne przyjmują kształty nieregularnych przestworów powietrznych lub wcale ich widzieć nie można, podobnie jak w płucu dotkniętem niedodmą (*atelectasis*). Niedodma ta, zdaje się, jest wynikiem wypełnienia przez dłuższy czas pęcherzyków krwią a po jej ustąpieniu częściowem wskutek niemożności dojścia powietrza wobec założenia najdrobniejszych oskrzelików wydzieliną złożoną, jak to mikroskop wykazuje, z masy drobnoziarnistej (rozpadły skrzep) złuszczonego przybłonka i ciałek wypocinowych. — Że w oskrzelikach tych toczy się sprawa czynna (*bronchitis*), dowodem tego, że szerzy się i w sąsiedztwie oskrzelików, wywołując niekiedy naciek drobnokomórkowy (*peribronchitis*). — Zgrubienie przegród międzypęcherzykowych, naciek w nich drobnokomórkowy świadczą, że i w interstycyach podrażnienie wystąpiło a wypełnienie pęcherzyków niektórych nadbłonkiem daje nam obraz podobny do złuszczającego się zapalenia płuca Buhla (*desquamative Pneumonie*). Zmiany te wszystkie opisane, rozpoczynające się nieraz już od 6. dnia po wlaniu krwi stwierdzałem, jak to protokóły wykazują, stale nawet do 21. dnia. Na dłuższy czas doświadczeń nie robiłem.

Rezultat otrzymany z tych doświadczeń daje się streścić w następujących zdaniach:

1) krew prawidłowa wylana do płuc zupełnie zdrowych, wbrew twierdzeniu Perla, Lippmanna i Nothnagla nie jest obojętnym czynnikiem;

2) już w 24 godzin może ona wywołać ze strony tkaniny płucnej reakcyę, która w pierwszych dniach objawia się złuszczeniem nabłonka pęcherzyków płucnych i złuszczeniem przybłonka w najdrobniejszych oskrzelikach, immigracyą ciałek białych doprowadzając nieraz do zmian na około oskrzelików (*peribronchitis*);

3) mniej więcej około 6-go dnia rozwija się obraz niedodmy (*atelectasis*), *w miejscach w których krew wylaną była, ze zgrubieniem tkaniny międzypęcherzykowej* (*interstycyalnej*). *Zmiany w oskrzelikach i na około nich* (*peribronchitis*) *trwają dalej a niekiedy rozwija się obraz zapalenia płuca złuszczającego* (*pneumonia desquamativa Buhla*). *Obraz taki i po 21 dniach stwierdzić można.*

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Alfred Sokołowski: **Leczenie klimatyczne suchot płucnych.** (Odczyty kliniczne wydawane przez Redakcyę *Gazety lekarskiej*. Sekcya V, Zeszyt 5). Warszawa 1893. Str. 50.

W rozdziale I-ym zastanawia się autor nad pytaniem, czy i o ile suchoty płucne są uleczne, w jakim okresie choroby, w jakich formach chorobowych najczęściej wyleczenie nastąpić może i jak należy się zapatrywać na tę uleczność ze stanowiska fizyologicznego. Przytoczywszy zapatrywania się w tej mierze dawniejszych autorów począwszy od Laënneca, omówiwszy rzecz treściwie kilkoma rysami i poparłszy kazuistyką zaczerpniętą ze swego własnego, rozległego doświadczenia wyraża autor przekonanie, że uleczność suchot płucnych jest możliwa w początkowych okresach choroby, że jest jednak stosunkowo rzadka, że nareszcie spostrzegać się daje nawet w niekorzystnych warunkach higienicznych bez wszelkiego leczenia, jako wyleczenie samodzielne.

W rozdziale II-im opisuje autor dwie, poniekąd odrębne postacie suchot płucnych t. j. 1) suchoty dziedziczne, przebiegające szybko i złośliwie, o rokowaniu niekorzystnem, okazujące tylko nader wyjątkowo okresy powstrzymania się sprawy chorobowej: 2) suchoty płucne nabyte przebiegające łagodniej, często w sposób wybitnie przewlekły, dopuszczający długich okresów względnego spokoju, gdzie rozwój sprawy jest zupełnie powstrzymany a nawet wobec zupeł-

nego wyleczenia postać ta okazuje dążność do przejścia w tak zwaną formę włóknistą (*phthisis pulmonum fibrosa*), lubo autor z naciskiem wspomina, że forma ta występuje nie tylko jako zakończenie pomyślne suchot nabytych, lecz jako sprawa pierwotna i samodzielna, niejako jako zupełnie odrębna i klinicznie nacechowana postać suchot. Ta to postać nadaje się najlepiej do systematycznego i racyonalnego leczenia, w szczególności do skutecznego leczenia klimatycznego.

W następnych rozdziałach (od III go do XI-go włącznie) ocenia autor różne sposoby leczenia klimatycznego, zastanawiając się nad cechami klimatu i podając wskazania i przeciwskazania do leczenia tym lub innym klimatem się nastręczające. I tak obszernie roztrząsa rzecz o klimacie alpejskim i o zakładach leczniczych dla suchotników w tym klimacie urządzonych (Davos, St. Moritz i t. p.), któremu przypisuje wpływ wielce korzystny w stósownych przypadkach suchot płucnych; dalej ocenia znaczenie miejsc klimatycznych podalpejskich (Szczawnica, Rabka, Gleichenberg, Reichenhall, Ischl i t. p.), którym jednak na podstawie swego doświadczenia pokaźnego swoistego wpływu leczniczego na suchoty płucne i sprawy gruźlicze przypisać nie może, które natomiast za wskazane uważa w sprawach nieżytowych dróg oddechowych niegruźliczego pochodzenia.

Kolejno przechodzi następnie rzecz o klimacie stepowym, leśnym, nadmorskim, o długich podróżach morskich w celu leczniczym odbywanych, klimacie południowym, rozbierając krytycznie i umiejętnie cechy i własności klimatów, a oznaczenie ich lecznicze uzasadniając wieloma przypadkami chorobowymi przez siebie spostrzeganymi.

Nakoniec poświęca słów kilka klimatowi swojskiemu, który w sposób racyonalny wyzyskany może oddać niepoślednie usługi w leczeniu suchót płucnych, zwłaszcza u osób uboższych, nie mogących odbywać dalekich i kosztownych podróży do krajów obcych.

W ostatnim rozdziale XII-ym uzasadnia potrzebę założenia sanatoryów dla biednych suchotników w okresach początkowych lub też niedaleko posuniętej choroby kosztem korporacyj lub państwa.

W całej pracy przebija rozległe doświadczenie autora, jasny i umiejętnie ścisły sąd o rzeczy, krytyczne ocenienie przedmiotu. Pracę tę każdy z pożytkiem przeczyta a niejeden nauczy się po przestudyowaniu jej, jak nieodzowną jest rzeczą odróżniać różne formy suchot płucnych i ich odcienia i że leczenie klimatyczne należy zalecać nieszablonowo, (jak to niestety dzieje się wprawdzie zgodnie z tradycyą wielu miejsc klimatycznych i leczniczych, ale nieraz na szkodę chorych), lecz stósować je na podstawie krytycznego ocenienia formy chorobowej tudzież wartości rzeczywistej czynników klimatycznych. *Ponikło.*

Chirurgia.

L. Rydygier: Jak należy chloroformować?

W formie wykładu klinicznego, wygłoszonego w dniu rozpoczęcia kursu w klinice chirurgicznej krakowskiej w r. szk. 1892/3, wyświeca prof. Rydygier sprawę narkozy chloroformowej ze stanowiska zarówno teoretycznego, jako też i praktycznego, udzielając słuchaczom wielu cennych wskazówek, jako podstaw do postępowania w przyszłej ich praktyce lekarskiej. Jako nić przewodnia przebija w całym wykładzie prof. Rydygiera dokładny opis sposobu chloroformowania, używanego w klinice krakowskiej oraz naukowe uzasadnienie tego sposobu.

Uznając wysokie znaczenie, jakie umiejętność chloroformowania dla każdego lekarza praktyka mieć musi, wywołuje prof. Rydygier do każdej narkozy w ciągu wykładu klinicznego po dwu słuchaczów, którzy pod dozorem specyalnie w tym celu wyznaczonego asystenta sami osobiście chorych chloroformują. Każdy medyk, uczęszczający do kliniki chirurgicznej, może więc osobiście zachloroformować w ciągu swoich studyów, co najmniej kilkunastu chorych, co oczywiście na szali jego wykształcenia chirurgicznego, zwłaszcza w pierwszych latach praktyki lekarskiej dobrze zaważy. Sposób ten jest dla chorych, co prawda, nie najlepszym, gdyż drobne wydarzenia, komplikujące narkozę, wydarzają się u prof. Rydygiera może częściej, niż w innych klinikach; stosunkowa częstość tych wydarzeń jest prostym wynikiem braku wprawy, z jakim słuchacze medycyny do narkozy częstokroć przystępują. Prof. Rydygier jest zupełnie świadom tej ciemnej strony wymienionej metody pedagogicznej, uwzględniając jednak główne zadanie kliniki, która ma na żywym materyale, czysto praktycznie kształcić przyszłych praktyków, oraz tę okoliczność, że obecność a więc ewentualna doraźna pomoc jednego z asystentów dokładnie obeznanego ze sposobem chloroformowania, nie dopuszcza groźniejszych komplikacyj, spokojnie powierza studentom narkotyzowanie chorych. W ciągu ostatnich lat pięciu na 2500 chorych, chloroformowanych przez studentów, nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci wskutek złej narkozy.

Prof. Rydygier wymaga nieodwołalnie, by cała uwaga chloroformującego była skoncentrowaną jedynie i wyłącznie na przebieg narkozy; zadanie to nie zawsze bywa łatwem, zwłaszcza podczas dłuższych a interesujących operacyj, które w ten sposób dla chloroformującego są zupełnie stracone. Trzeba się jednak z tem pogodzić, gdyż sama narkoza wymaga tak wielkiej baczności, że wszelki udział chloroformującego, choćby ograniczał się tylko do samego przyglądania, musi być zupełnie wykluczonym. To też prof. Rydygier bynajmniej nie jest zwolennikiem aparatów, służących do dozowania chloroformu a więc ułatwiających pozornie samą czynność chloroformowania a co za tem idzie, odrywających lekarza narkotyzującego od jego głównego zajęcia. (Za najlepsze z tych przyrządów uważa prof. Rydygier aparaty Kappelera i Junkera). Przeciwnie, jedną z wielu zalet sposobu chloroformowania, polegającego na nieustannem podawaniu chloroformu kroplami jest ta okoliczność, że chloroformujący jest niejako zmuszonym ciągle uważać na chorego.

Chorych klinicznych narkotyzuje się zawsze na czczo; w praktyce prywatnej zaleca się to samo; najwięcej można pozwolić na wypicie filiżanki herbaty czy kawy na 4—6 godzin przed operacyą. Alkohol podaje się przed narkozą tylko osobom bardzo osłabionym oraz nałogowym pijakom. Za jedyne przeciwskazanie do narkozy chloroformowej uważa prof. Rydygier nieskompensowane wady serca oraz poważne cierpienia płucne. Przed narkozą należy więc dokładnie zbadać serce i płuca chorego, również jego jamę ustną (sztuczne zęby, tytoń do żucia), oraz skontrolować czystość chloroformu pod względem chemicznym; nie potrzeba uciekać się do kłopotliwych analiz, gdyż zwykłe próby wystarczają tu najzupełniej (przeźroczystość, zapach, obojętny odczyn, nie pozostawianie osadu na dłoni lub bibule po odparowaniu).

W klinice krakowskiej chloroformuje się chorych wyłącznie metodą poleconą przez Labbégo, Peyrauda, Boncoura, Peraira i innych a pozyskującą sobie coraz to nowych zwolenników. Polega ona na tem, że przez cały czas operacyi, chloroform nieustannie spada na maskę kroplami, z początku z szybkością mniej więcej 12, po zaśnięciu zaś chorego z szybkością 4—6 kropel na minutę. Najwybitniejszą zaletą tej metody jest to, że okres pobudzenia albo wcale nie występuje, albo też samo pobudzenie jest znacznie słabszem aniżeli przy dawnym sposobie chloroformowania; ilość zużytego chloroformu bywa znacznie mniejszą (średnio zamiast 100 cm. sz. 20—25 cm. sz.) a więc i niebezpieczeństwo ostrego zatrucia jest znacznie mniejszem a wymioty po narkozie rzadziej występują. Z tego samego powodu t. zw. późna śmierć z chloroformu, na skutek zwyrodnień, powstałych w narządach miąższowych, rzadko się zdarza przy powyższej metodzie chloroformowania. Aparat, służący do chloroformowania metodą tą, jest bardzo prosty: składa się on z maski Schimmelbuscha, ciemnej buteleczki do kropel (*Tropfglas*), zaopatrzonej poddziałką oraz kulociągu, służącego do wydobycia języka opadającego ku tyłowi. W razie potrzeby otwiera się usta wziernikiem Heistera.

Dalej omawia prof. Rydygier szczegółowo rękoczyn Heiberga.

Przed samą narkozą należy chorego, o ile można, uspokoić; obecni winni zachować milczenie, dopóki chory nie zaśnie; również nie dozwala się oczyszczania pola operacyjnego przed tym czasem, gdyż drażni ono niepotrzebnie chorego i chory tem trudniej zasypia. Pole operacyjne winno być oczyszczone albo przed rozpoczęciem narkozy albo też już po zaśnięciu chorego. Chorych układa się poziomo z nieco podniesioną głową; prof. Rydygier przestrzega przed często praktykowanem unoszeniem chorego pod koniec narkozy, podczas zakładania opatrunku i przytacza przypadki, które dzięki temu niefortunnemu rękoczynowi, zakończyły się śmiercią. Przed zupełnem zaśnięciem chorego bezwzględnie nie należy rozpoczynać operacyi. Następnie omawia prof. Rydygier zachowanie się odczynu rogówkowego, źrenic oraz oddychania podczas narkozy chloroformowej; dla łatwiejszej kontroli poleca obnażyć piersi chorego; ważną wskazówką dla chloroformującego jest również twarz chorego, na którą należy od czasu do czasu spoglądać. Po ukończeniu operacyi nie powinno się budzić chorego gwałtownymi środkami, jak n. p. przez klepanie po twarzy mokrym ręcznikiem, lecz należy czekać cierpliwie, dopóki chory sam się nie przebudzi. Zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie rodzina chciałaby jak najprędzej widzieć ruchy chorego i słyszeć jego głos, powinien lekarz pamiętać o tej zasadzie.

Przy powyżej opisanym sposobie chloroformowania występują wymioty po ukończeniu narkozy stósunkowo rzadko i nie odznaczają się zbytnią gwałtownością. Prof. Rydygier wątpi, czy wypłukanie żołądka ½—2% rozczynem soli kuchennej, jak to zaleca Lenewitsch, w każdym przypadku wymioty powstrzyma, gdyż komplikacya ta częstokroć zależy od czystości chloroformu oraz osobistej dyspozycyi chorego. — Przepłukanie żołądka przed narkozą jest wskazanem przy operacyach na żołądku oraz w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego, w których już wystąpiły wymioty kałowe. Podczas samej narkozy rękoczynu tego oczywiście stósować nie można. Jeżeli wymioty wystąpią podczas narkozy, należy je ułatwić przez uniesienie chorego; zazwyczaj uniesienie to bywa wykonywanem niedobrze, gdyż chloroformujący ogranicza się bardzo często do uniesienia głowy chorego, co utrudnia wydalenie wymiocin na skutek zagięcia szyi; należy unosić nietylko głowę, lecz także górną część tułowia. Jeśli występują tylko same ruchy wymiotne, należy chwilowo zwiększyć dawkę chloroformu.

W razie zboczeń w oddychaniu, zaleca prof. Rydygier rękoczyn Heiberga lub też uniesienie krtani ostrym haczykiem. W tych przypadkach, w których chorzy przestają oddychać bez widocznego powodu, gdzie niejako zapominają oddychać, a co się często zdarza, jeśli chory dostał za wiele chloroformu, należy przystąpić natychmiast do sztucznego oddychania. Najbardziej zaleca się metoda Schüllera, po niej zaś metoda Silvestra. Podczas sztucznego oddychania należy baczyć na to, by wejście do krtani pozostawało wolnem. Najgroźniejszymi są te przypadki, w których zaraz na początku narkozy lub też po niejakim czasie nagle ustaje oddychanie i bicie serca. Zapad ten (*syncope respiratoire et syncope cardiale*) nie powstaje na tle asfiksyi a polega na porażeniu ośrodka oddechowego przez chloroform. Nie stwierdzono jeszcze dokładnie, która z tych dwu funkcyj najpierw ustaje; z doświadczeń podjętych na zwierzętach przez Kappelera wynika, że najpierw ustaje oddychanie, później zaś bicie serca. Zdarzają się również przypadki śmierci na samym początku narkozy u chorych, którzy zaledwo kilka razy odetchnęli powietrzem zmieszanem z chloroformem; śmierć następuje tu wskutek shok lub też wskutek nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwowych na drażniące działanie chloroformu. Pierwotny zapad powstaje wskutek zbytniego podrażnienia zakończeń nerwu troistego oraz krtaniowego górnego, które wywołuje odruchy nerwów, mięśni oddechowych oraz serca. Starano się zapobiegać powstawaniu tych zadrażnień przez pędzlowanie błony śluzowej nosa i krtani rozczynem kokainy, przez wstrzykiwanie podskórne atropiny i morfiny. Prof. Rydygier zaleca morfinę tylko u nałogowych pijaków, zwracając zarazem uwagę, że przy takiej skombinowanej narkozie trzeba chloroformować chorego bardzo ostrożnie. W razie pierwotnego zapadu oddechowego i sercowego należy natychmiast rozpocząć sztuczne oddychanie, które w tych przypadkach musi być wykonywanem przez bardzo długi przeciąg czasu. Dawniej stósowano drażnienie elektryczne nerwów przeponowych; Mayer i Dyakonow wykazali jednak, że prąd galwaniczny jest silną trucizną sercową. Dyakonow i Bobrow polecają w celu podniesienia czynności serca podskórne wstrzyknięcie 20—225 gr. soli kuchennej. Działanie punktury serca, azotynu amilowego, strychniny, brandy i innych środków jest w przypadkach nagłego zapadu bardzo niepewnem. — Maas podał sposób ratowania chorych w pierwotnym zapadzie sercowym, polegający na rytmicznem uderzaniu w okolicę sercową w tempie prawidłowego bicia serca.

Prof. Rydygier wyraża się z uznaniem o skombinowanej narkozie chloroformem i eterem, używanej przez Kochera i poleca ją przy dłużej trwających operacyach, specyalnie zaś przy wycinaniu włókniaków macicy, gdyż, jak wiadomo, w przypadkach tych śmierć następuje stósunkowo często wskutek zbytniego osłabienia czynności serca.

W końcu wypowiada prof. Rydygier swoje zapatrywanie się w sprawie sądowej odpowiedzialności lekarza za śmierć z chloroformu. Wobec stósunkowo dość licznych przypadków nieprzewidzianego, nagłego zapadu winno się czynić lekarza odpowiedzialnym sądowo tylko w tych przypadkach, w których wykazać można znaczne niedbalstwo z jego strony (jako to niedokładne zbadanie chorego przed narkozą, niezwracanie nań uwagi podczas narkozy i t. d.). Z drugiej zaś strony tem większą jest odpowiedzialność lekarza wobec jego własnego sumienia, które dlań zawsze najwyższą instancyą być winno i które w każdym przypadku powinno go zmuszać do jak najstaranniejszego wykonania powierzonej mu czynności. (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 69. 1893*). *Dr. K. Klecki.*

Terapia.

M. Gross (w Nowym Jorku): **Leczenie ostrego nieżytu żołądka i jelit u dzieci** (*cholera infantum*).

Rozpoznanie ostrego nieżytu jelit u niemowląt w okresie pierwszym, gorączkowym jest nieraz nader trudne, bo brak jest biegunek, wymiotów a tylko wysoki stan gorączkowy. Kurcze, nieprzytomność to jedyne objawy tejże choroby. Energiczne zabiegi lecznicze w tym okresie mogą przytłumić całą sprawę chorobową. Autor po długich badaniach uznał metodę niżej podaną za najlepszą. W samym początku choroby zmywa całe ciało wodą lodową na z pół wyskokiem i stósuje wysoką, jednolitrową irygacyę jelit zimną wodą destylowaną; jeżeli atoli mimo to utrzymuje się gorączka, to podaje antypirynę w ilości od 0·1—0·5 na dawkę. Bez względu na to, czy dziecko przy piersi czy sztucznie karmione, zabrania podawania mleka przez 24 godziny; tylko zaleca podawać często a mało naraz wody ryżowej, jęczmiennej, cukrowej i herbaty, irygacyę jelit 1% roztworem soli kuchennej raz na 12 godzin i kalomel w ilości od 0·01—0·02 co 2 godziny. Dzieciom sztucznie żywionym zatrzymuje tę dyetę przez 3—4 dni; karmionym piersią zezwala ssać co trzy godziny po 5—8 minut naraz.

W przypadkach daleko posuniętych, ale ostro przebiegających, stósuje autor dyetę: kleik, kawę, herbatę, irygacye 1% rozczynem soli kuchennej w objętości 1—1½ litra co 3 godziny, później rzadziej, po 1—2 dziennie; prócz tego podaje autor:

Rp.	*Calomelanos*	*0·005—0·15*
	Saloli	*0·1—0·2*
	Sacchari lactis	*0·3*
	f. pulv.	

S. Co 2 godziny proszek przez 24 godzin, w następnej dobie sam salol a w końcu

Acidi muriat. dilut. 15·00
Pepsini 4·00
S. 4 razy dziennie po 2—3 kropel.

Jeżeli choroba nabiera cechy przewlekłości, wtedy używa autor przepłukiwań żołądka po razu dziennie słabym rozczynem kwasu solnego i irygacyj wyż wspomnianych. Jeżeli objawy zapadu, to przepłukiwanie żołądka co 3 godziny, kąpiel gorczyczna i środki podniecające. (*Therapeutische Monatshefte. Maj 1893*).

Choroby dzieci.

Prof. M. Kassowitz: **Kurcz głośni i tężyczka u dzieci.**

Autor wykazuje statystycznie na 370 przypadkach, że kurcz głośni zostaje w ścisłym związku z rozwijaniem się krzywicy i w miarę, im bardziej ta zmiana nagabuje kości czaszkowe, tem częściej usposabia do kurczu głośni i mięśni oddechowych. Krzywica czaszki wywołuje cały szereg zboczeń, które autor obserwował na 172 przypadkach, polegających na chorobliwem zadrażnieniu systemu nerwowego i ośrodków wydzielniczych, ruchowych i psychicznych. Do zboczeń tych, łączących się ze sobą w różny sposób, zaliczyć należy prócz kurczu głośni, ogólne kurcze, napady tężyczki, przypad Troussa, *nystagmus*, odruch nerwu twarzowego, bezsenność, poty, kurcze drgawkowe mięśni twarzowych. Jakie zmiany anatomiczne zachodzą w nerwach i mięśniach, dotąd niewiadomo. Nie ulega jednakowoż wątpliwości, że jest jakiś bliższy stósunek, łączący krzywicę z tężyczką i z kurczem głośni. To też leczenie fosforem choroby głównej usuwa w krótkim czasie towarzyszące jej przypady.

Fałszywem przeto wydaje się twierdzenie Loosa, że krzywica niema żadnego związku z kurczem głośni i tężyczką, jakoteż że kurcz głośni jest tylko częściowym objawem tężyczki występującej w formie utajonej, dającej się zawsze wykazać za dokładnem badaniem. (*Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 13—21. 1893*).

Dr. Komorowski.

Medycyna sądowa.

Haberda: **Spostrzeżenia sądowo lekarskie z zakładu radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu.**

Autor zestawił pięć przypadków sądowo-lekarskich, które z przyczyny swej stosunkowej rzadkości zasługuje na uwzględnienie ich w piśmiennictwie. Z tych przedstawiają cztery niezwykłe umiejscowienie rany postrzałowej u samobójców. Wiadomo, że samobójcy obierają tylko pewne okolice ciała jako tak zwane miejsca wyborowe dla strzału. Na głowie miejscami temi są skroń, czoło, jama ustna i podbródek. W przypadkach, w których znajdujemy ranę postrzałową okazującą cechy ran zadanych pociskiem padającym z pobliża, w powyż wymienionych okolicach głowy, przy braku dowodów przemawiających za zbrodnią orzekamy, że rany te były zadane ręką własną. Tymczasem zdarza się, iż samobójcy czasem obierają niezwykłe okolice głowy za cel dla pocisku.

I tak badał H. przypadek oczywistego samobójstwa, w którym otwór postrzałowy znaleziono na tyłogłowiu w miejscu połączenia się szwu strzałkowego z lambdowym. I od tego miejsca biegło pęknięcie czaszki kolisto przez cały obwód w linii, w której zazwyczaj przerzyna się piłką sklepienie czaszki przy sekcyach. Wobec braku oparzeń i opalenia włosów około otworu postrzałowego wydaje się prawdopodobnem, iż samobójca ujście pistoletu przycisnął szczelnie do głowy.

W drugim przypadku samobójstwa znalazł H. otwór postrzałowy w przednim górnym kącie prawej kości ciemieniowej, w trzecim przypadku był otwór na 4 cm. po za środkiem kości czołowej nieco niżej szwu wieńcowego.

Czwarty przypadek tyczy się żołnierza, który w nocy strzelił do siebie w okolicę podobojczykową lewą z karabinu systemu Werndla. Strzał zabił go natychmiast, pocisk jednak przeniknął jego klatkę piersiową, ugodził drugiego obok śpiącego żołnierza w głowę w kierunku linii stycznej i zadał mu ranę kostną na szczycie czaszki w kościach ciemieniowych w postaci prostokąta; wreszcie ugodził pocisk ten trzeciego żołnierza w ramię.

Ostatni przypadek podany przez H. tyczy się mężczyzny 34-letniego, który dotknięty obłędem opilczym odebrał sobie życie w pierwszej psychiatrycznej klinice wiedeńskiej za pomocą samozagardlenia (autostrangulacyi). Dokonał zaś tego czynu przy pomocy kawałka płótna wydartego z koszuli, zmoczonego moczem własnym. Końce tej pętli nie były związane, lecz tylko założone tak, iż z łatwością można było zdjąć pętlę; mimo to pętla dostatecznie ucisnęła szyję tak, iż śmierć nastąpiła. W celu stwierdzenia tej okoliczności wykonał H. doświadczenie z założeniem mokrej pętli na szyję zwłok z odpilowaną czaszką i bez mózgu. Przy zastrzyknieniu płynu przez tętnice i tchawicę okazało się, iż były zupełnie niedrożnemi, zaciśniętemi. Wreszcie przekonał się autor, że pętla mokra nie zawiązana nie rozluźnia się tak łatwo i że zaciska mocniej, niż pętla sucha. (*Viertjtschr. f. ger. Med. 3. F. V. 2. 1893*).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

Ponieważ roztwory jodoformu w glicerynie używane do wstrzykiwań w ogniska gruźlicze nie są trwałe, proponuje Dr. Reginald Lucy zastąpić je zawiesiną przyrządzoną w sposób następujący:

76) Uciera się jak najstaranniej trzy części jodoformu z jedną częścią skrobi i dodaje następnie
Gliceryny 20 części
Wody destyl. 10 „

Mięszając ciągle ogrzewa się to wszystko do 133 stopni Celzyusza (zapewne w kąpieli olejnej *przyp. spr.*) i otrzymuje w ten sposób płyn bardzo trwały, zawierający jodoform w stósunku 1 : 10 i odpowiedni do zastąpienia roztworów jodoformu w glicerynie lub oleju. (*La médecine moderne. 24. Juin. 1893*).

77) Ożegowski odkrył, że kwas salicylowy działa skutecznie przeciw tasiemcom; używa go też w tym celu w sposób następujący: bywszy na czczo przez cały dzień zażywa chory wieczorem 30 gramów olejku rącznikowego. Na drugi rano o 7-mej zażywa znowu 15 gramów tegoż olejku a następnie od 8. rano począwszy co godzina po gramie kwasu salicylowego aż do spotrzebowania 5 gramów. Jeżeli do godziny 1. w południe tasiemiec nie odejdzie, zażywa chory jeszcze 15 gramów olejku rącznikowego. Ten sposób leczenia nie udał się autorowi tylko raz w 20 przypadkach. — Autor zaleca ten sposób leczenia głównie w tych przypadkach, gdzie nie można użyć skutecznie innych sposobów leczenia.

W dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) zaleca się jodek i chlorek (nie chloran!) potasu według przepisu:

78) Rp. *Kalii joduti* 2·00
Kalii chlorati 4·00
Aquae destil. 120·00
Syrupi diacodii 30·00
Ttrae lobeliae infl. guttas 30
MDS. Co godzina po łyżce stołowej zażywać.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17. maja 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 35.

I) Kol. Sroczyński opowiada o wyniku leczniczym u chorego przedstawionego na posiedzeniu poprzedniem. Kol. S.

miejscowo zasypywał jodoform a wewnętrznie dawał jodek sodu. Owrzodzenie na spojówce znacznie się zmiejszyło i prawie że jest już zagojone. Z tego wychodząc twierdzi stanowczo prelegent, że miał do czynienia ze wrzodem natury kiłowej i to kiły trzeciorzędnej tembardziej, że skrawki wszczepione do przedniej komórki oka królika nie wywołały żadnych zmian dodatnich.

Kol. Zarewicz przypominając dyskusyę nad tym przypadkiem twierdzi, iż zasada *post hoc ergo propter hoc* nie zawsze ma swoje znaczenie. Kol. Z. sądzi, że w danym przypadku jodoform mógł wywołać polepszenie, bo wiadomo wszystkim, że lek ten leczy także i wrzody gruźlicze.

Co zaś do tego przypadku, to kol. Z. musi się sprzeciwić, by można całą sprawę uważać za wyleczoną a wrzód za wygojony tembardziej, że nastrzykanie utrzymuje się, punkty szare chociaż w mniejszej ilości są a ciałko łzowe zachowuje poprzednie swoje wejrzenie, słowem sprawa cała nie jest wygojona, lecz podgojoną i to pod wpływem jodoformu tak, że i obecnie robi wrażenie wrzodu gruźliczego.

Kol. prelegent obstaje za wrzodem natury kiłowej, bo jodek sodu i jodoform sprowadziły polepszenie a szczepienie na króliku wypadło ujemnie.

Kol. Borzęcki sądzi, iż może wrzód ten był natury urazowej.

Kol. Zarewicz jeszcze raz zaznacza, że jodoform goi także sprawy gruźlicze, tembardziej, że widział tego rodzaju przypadek, gdzie jodoform wygoił wrzód, w którym mikroskop prątków gruźliczych nie wykazał a chory w krótkim czasie zmarł na ostrą gruźlicę płuc. W danym przypadku również wrzód nie jest wyleczony, lecz podgojony.

II. Kol. Tyszkiewicz demonstruje dwa przypadki z oddz. kol. Pareńskiego w Szpitalu św. Łazarza, okazujące początkowe zmiany gruźlicze; wspomina przytem, iż już kilka podobnych ma w pamięci. Prelegent zwraca uwagę na szablonowość w opukiwaniu szczytów płucnych, gdzie lekarze przeważnie częściom szczytów przylegającym do stosu pacierzowego głównie poświęcają swoją uwagę a pomijają zwykle inne miejsca, wykazujące dość często zmiany gruźlicze a jedynie wypukiem stwierdzić się dające, podczas gdy sam szczyt płuca od zmian gruźliczych jest wolnym. Miejscem tem jest okolica dołka nadłopatkowego. Prelegent opierając się w swym wywodzie na zmianach anatomo-patologicznych zwraca uwagę, że w przypadkach dalej posuniętej gruźlicy traci dołek nadłopatkowy przy wypuku nieco na znaczeniu; tam bowiem powstają zwykle najpierwej jamy płucne, usuwające się od obserwacyi ucha niewprawnego, które odgłos wypukowy bębenkowy, pochodzący od jamy w płucu, wziąć może za jawny.

Prelegent wspomina dalej o drugim, znanym punkcie wyjścia gruźlicy płucnej, o którym szczególnie w praktyce dziecięcej pamiętać należy. Tym punktem są gruczoły oskrzelowe w okolicy wnęki płuc, gdzie często zmiany wypukowe i przysłuchowe są wybitne obok zupełnie wolnego od wszelkich zmian szczytu płuca.

Zbierając w jedną całość powyższe uwagi, radzi prelegent nie pomijać przy opukiwaniu i osłuchiwaniu tych dwóch miejsc wyżej wymienionych a to ze względu na większe prawdopodobieństwo wczesnego rozpoznania początków gruźlicy, która w pierwszym okresie swego rozwoju odpowiednio leczona pozwala na lepsze rokowanie na przyszłość.

Kol. Gluziński zwraca uwagę, że przemówienie kol. Tyszkiewicza należy rozpatrzeć z dwóch stron, raz, o ile zdanie jego ma słuszność, że w początkowych okresach gruźlicy płuc najwcześniej objawy fizyczne występują w dołku nadłopatkowym (*fossa supraspinata*) i tu ich szukać należy, aby uniknąć błędu w rozpoznaniu, powtóre, o ile przedstawione przypadki objaśniają to jego zapatrywanie się. Zdaniem koi. G. spostrzeżenie kol. Tyszkiewicza mogące w szczególnych przypadkach mieć słuszność uogólnić się nie da i daleko częściej znajdujemy objawy czyto wypukowe, czyto przysłuchowe w dołku nadobojczykowym lub podobojczykowym, w przestrzeni nadłopatkowej lub nawet w przybrzeżnych częściach płuca n. p. koło mostka, i jedna może być tu reguła, że kto chce błędu w rozpoznaniu uniknąć i początkowe okresy gruźlicy płuc rozpoznać na podstawie fizycznych objawów, powinien umieć badać i badać dokładnie miejsce po miejscu, nie opuszczając naturalnie i dołka nadłopatkowego. Zapewne, że wskutek nieumiejętnego lub niedokładnego badania błędy się robią; zwrócenie jednak szczegółowe uwagi na dołek nadłopatkowy nie zapobiegnie temu, nie mówiąc już o przypadkach, które czy to lokalizacyą czy rozmiarami leżą po za granicami fizycznej możności rozpoznania. Pamiętać również nie zawadzi, że jak z jednej strony nie rozpoznaje się początkowych okresów gruźlicy płuc z powodu, że się niedokładnie badało, tak z drugiej strony i to bardzo często rozpoznaje się gruźlicę tam, gdzie jej wcale niema, dając się porwać pewnym objawom wypukowym czy to przysłuchowym, błędnie je tłomacząc, np. u ludzi z wątłą budową klatki piersiowej, szczyty płuc jako część płuca najmniej poruszalna podczas płytkich oddechów mogą się mniej powietrzem wypełniać i pozostawać we względnym stanie niedodmy (*atelectasis*), nad którymi znajdziemy w takim razie wypuk, względnie przytłumiony, który po kilku głębokich wdechach ustępuje jawnemu; nie zwrócenie uwagi na to, może już do błędu doprowadzić a to tem łatwiej, że i przysłuch w takich razach podczas głębokich wdechów, jakie polecamy zwykle choremu wykonać, może wykazać drobnobańkowate rzężenia, powstałe wskutek rozlepiania się ścian pęcherzyków będących w stanie niedodmy, a rzężenia naturalnie znikną, gdy badany kilka głębokich wdechów wykona. Na spostrzeżenie to zwrócił uwagę już Heitler. Niezwrócenie uwagi na rozwój mięśni, ułożenie żeber, nie wyróżnienie szmerów mięśniowych, zwłaszcza z tyłu i podczas osłuchiwania stetoskopem i t. d. może dać dalszy powód do omyłek. Zrobiwszy tę uwagę mimochodem muszę wrócić do przypadków przedstawionych. Po zbadaniu trzeba powiedzieć, że nie przedstawiają one obecnie już tego, co miały przedstawiać, bo w przypadku pierwszym sprawa niepoczątkowa, zmiany fizyczne wskazują na rozległy naciek całego górnego płatu prawego płuca a na mniejsze zmiany po lewej; w przypadku zaś drugim wprawdzie fizycznie zmiana nie rozległa, ale w obydwóch płucach i to nietylko w miejscach szczegółowo przez kol. Tyszkiewicza wykazanych.

Kol. Surzycki przychyla się do wywodów poprzednika a nadto dodaje, że rzecz podana przez kol. Tyszkiewicza nie jest nowa.

Kol. Tyszkiewicz zaznacza w odpowiedzi, iż nie mógł przedstawić przypadków idealnych, któreby wymaganiom dyskutujących zupełnie odpowiadały a to z tego względu, iż nie może objawów chorobowych danego przypadku wstrzymać lub przyspieszyć. Prelegent twierdzi dalej, że zmiany w tylnych częściach płuc odpowiadają zupełnie jego wywodom, a w końcu zwraca uwagę, że nie pragnie uważać swego odczytu za nic innego, jak tylko za mały przyczynek w dziedzinie rozpoznawania gruźlicy

III. Kol. Gluziński miał odczyt zapowiedziany O krwotokach w chorobach płucnych; który właśnie teraz drukuje się w Przeglądzie lekarskim.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

J. Iłg....

II.

Wobec zbliżającej się cholery bodaj, że po raz pierwszy przystąpiono do asanizacyi miast i wsi syberyjskich. Ogromne przestrzenie niezaludnione i utrudniona kumunikacya tamuje do pewnego stopnia rozwój chorób zakaźnych w Syberyi, tem więcej, że i miejscowe warunki gruntu, wiecznie zamarzłe warstwy ziemi, suchość powietrza obok częstych wiatrów utrudnia gnicie i rozkład części organicznych a zarazem i kulturę zarazków, jak o tem miałem moż-

npść już wspomnieć wyżej. Przy braku jednak zamiłowania ludności do porządku, miast i wsi nigdy nie czyszczono, szczególniej we wschodniej Syberyi a bardziej jeszcze w okręgu Zabajkalskim, gdzie chów bydła stanowi główny sposób do życia ludności nie tylko koczującej, lecz i osiadłej. Całe przestrzenie pól usiane są kośćmi nie tylko bydlęcemi, lecz i ludzkiemi. Człowiek lub bydlę po zdjęciu skóry jednako według obrządku buddyzmu rzucani są na pożarcie dzikim zwierzętom na pustynię a tego rodzaju pogrzebowy obrządek najbardziej odpowiada celowi. Całe stada wilków i dzikich psów mongolskich karmią się temi ciałami roznosząc po stepie ich kości. W samej Kiachcie corocznie zabijają do 2 tysięcy psów, przyszłych z Mongolii, co stanowi dochód policyi, gdyż skóry ich idą po wyprawieniu na futra. Oczyścić grunt z wieluwiekowych kości staje się wielce rzeczą trudną. Kupy gnoju od lat niepamiętnych zgromadzone około siedzib ludzkich władze każą zgromadzać w pewne miejsca a następnie palić. Długie miesiące przejdą. zanim te stosy zostaną spalone i powietrze się oczyści od przejmującego dymu, który wiatry roznoszą na wsze strony ku utrapieniu miejscowej ludności. W wielu miejscach wyrządzono nie małą szkodę ludności paląc nawóz, który tam szedł na użyźnienie gruntu, obawiając się, aby w nim nie wylągł się przecinek choleryczny, lecz natomiast pozbawiając mieszkańców, zanim cholera przyjdzie, chleba.

Na miejscach, gdzie niegdyś koczowali Mongołowie, dziś zbudowane są miasta i wsie tutejsze i pomimo tego, że grube warstwy kości zwierzęcych je uścielają, nie znać gnicia ani ich rozkładu. Kości tu nie gniją, lecz zsychają się, utracając organiczne swe części; rodzaj ten pruchnienia można prędzej nazwać mumifikacyą. Trupy ludzkie rzucone na pole, objedzone z części miękkich, w prędkim czasie przedstawiają szkielety stósowne do użytku; słońce i wiatr tak je pysznie bielą, jak może żadne środki sztuczne używane w muzeach anatomicznych. Brakowi wilgoci potrzebnej do rozkładu kości można przypisać, że pomimo takiego ich mnóstwa nie słychać tu nic o błędnych ognikach. O fakcie zaledwie jednym, pozostającym w niejakiej z nią łączności, choć odosobnionym i zagadkowym, chcę podzielić się z łaskawymi czytelnikami.

W Troickosawsku (r. Kiachcie), pogranicznem mieście obwodu zabajkalskiego z Mongolią, zbudowanem właśnie na gruzach kości zwierzęcych, które i na ulicach i do koła miasta swobodnie się walają, byłem jako konsultant wezwany do pewnej chorej pani P. Osoba ta lat 42, brunetka, o śniadej płci, ciemno-piwnych oczach i czarnych kruczych włosach, wzrostu niewielkiego, dosyć wątłej budowy, szczupła, Sybiraczka z urodzenia, pochodzi z rodziny kupieckiej, dotkniętej dziedzicznem usposobieniem newropatycznem. Rodzina chorej niegdyś była zamożna, następnie zubożała. Chora w 16. roku dostała peryodu, w 20. wyszła za mąż, w 30. roku owdowiała. Z natury od młodości była bardzo nerwową, miewała częste, mocne bóle i zawroty głowy, dochodzące aż do utraty przytomności, jak również obłędy przechodowe. Od lat 8 stan jej zdrowia zaczął się znacznie pogarszać wyrażając się w utrudnieniu chodzenia; od roku o tyle się posunął, że chora chodzić nie może zupełnie i nie opuszcza pościeli. Przyczynę pogorszenia się zdrowia przypisuje chora mieszkaniu, które przez ośm lat zajmowała z siostrą i z synem. Dom był stary, drewniany, piętrowy. Mieszkali na parterze; okna niewielkie na połowę w ziemi nadawały mieszkaniu wejrzenie ponure i smutne. Wilgoci w mieszkaniu nie było, lecz nigdy nie otwierano okien i przez to czuć się dawało w małych pokojach o niskich sufitach przy wielu zastawionych w nich sprzętach powietrze duszne i ciężkie. Mieszkańcy wyjątkowo chyba opuszczali swe pomieszkanie. Po 8 latach takiego życia w początkach października r. 1891 spostrzeżono pewne zjawiska, których nie umiano sobie wytłómaczyć a jakie, według pani P., ostatecznie zrujnowały jak jej, tak i jej siostry zdrowie. Zjawiska te widziano tylko w ich mieszkaniu, na piętrze ich nie spostrzegano. Był to blask ognia pokazujący się wszystkim dowolnie, w rodzaju tlejących ogników, widywanych wieczorami na podłodze w pokojach. Oprócz tego jak pani P., tak też jej siostra wywoływały podobny blask ognia i jakby sypiących się iskier przy tarciu ręką o podłogę, o kołdrę lub o jaki inny sprzęt, przyczem doświadczały wielce przykrego i denerwującego wrażenia. Nie doświadczali tego na sobie syn 17-letni i służąca, razem zamieszkali. Dwie kobiety, odwiedzające chorą panią P., mogły wywoływać niekiedy te zjawiska, choć nie zawsze. Innym osobom one nie udawały się. Wiele osób z miasta ciekawych przychodziło i widziało te mało wytłómaczone zjawiska, które były stwierdzone przez dwóch lekarzów miejscowych leczących panią P., Drów Szendrykowskiego i Pisarewskiego. Następnie stan zdrowia pani P. zaczął się znacznie pogarszać; siostra zaś jej, kobieta wielce nerwowa, dostała znacznych halucynacyj, które przeszły w pomięszanie zmysłów, co zmusiło je do zmienienia mieszkania w końcu listopada tegoż roku. Siostra pani P. w miesięcy kilka zakończyła życie. Zjawiska te zniknęły. Pani P. przyjeżdżała do swego dawnego mieszkania w celu przekonania się, czy będzie mogła powtórzyć zjawiska, lecz ich nie otrzymała więcej; od półtora roku zamieszkali w niem lokatorowie i nic też podobnego nie spostrzegali. Przy oględzinach chorej okazało się znieczulenie słabe wprawdzie, wyraźne w kończynach dolnych i górnych, niedowład ich, osłabienie odruchów i znaczne upośledzenie koordynacyi. Zanik nerwu wzrokowego w oku prawem, zezowatość rozbieżna, podwójne widzenie okiem lewem i utrudnienie połykania. Były to więc przypady u chorej wiądu (*tabes dorsualis*), choroby od lat wielu coraz bardziej u niej się rozwijającej.

Czy miało mieszkanie wpływ na jej rozwój i czemu przypisać również zjawiska dostrzegane w mieszkaniu? Jeżeli wpływowi rozkładu fosforowych części kości, to czem się da wytłómaczyć to, że nie wszyscy mogli te zjawiska sami powtórzyć, jak przychodzący tak i zamieszkali w tem mieszkaniu. Zjawisko to dziwne i trudne do wytłómaczena przy obecnym stanie wiedzy pozostaje ciemnem a rad będę, jeżeli koledzy zechcą wypowiedzieć swe zapatrywania się na jego istotę. Co do samej choroby wiądu, to klimat tutejszy, w wysokim stopniu kontynentalny, ma wpływ niemały na rozwój chorób rdzenia kręgowego, które stosunkowo często tu się spotykają i mają przebieg prędki.

Lecz wracam do wątku przerwanego listu co do asanizacyi Syberyi, którą energicznie prowadzi miejscowa administracya. Oprócz sanitarnych komisyj uorganizowanych przy samorządach miejskich istnieją jeszcze wyższe instancye po okręgach, komitety publicznego zdrowia je kontrolujące i wydające rozporządzenia pod względem zdrowia publicznego. Udzielona władza wyjątkowa miejscowym gubernatorom z powodu oczekiwanej cholery pozwala energicznie

używać wszelkich środków odnoszących się do oczyszczenia jak miast, wsi, tak też utrzymywania w czystości sklepów spożywczych i wszelkich handlów i miejsc publicznych. — Winnych w niewypełnianiu postanowień obowiązujących gubernator swą władzą bez apelacyi ma prawo osadzać w więzieniu do 3 miesięcy i karać grzywnami do 500 rs. Dzięki tej sile, jaką przez to posiada władza, rozporządzenia jej nie pozostają martwą literą. Wyjątkowo ciepłą mamy wiosnę; od miesiąca przeszło bywa w południe do +20° R., bez wilgoci, bo dotąd do połowy kwietnia od kilku miesięcy nie mieliśmy żadnego deszczu ani śniegu, jeśli na kilka godzin spadły śnieg parę razy można nazwać tem imieniem. Po wielkich stósunkowo przygotowaniach, asanizacyi miast i wsi, sprowadzeniu do walki z oczekiwaną epidemią studentów z Uniwersytetu Tomskiego, urządzeniu baraków cholerycznych, obstawieniu kwarantanami okolicy, oczekujemy cholery, która w gubernii Tobolskiej już na wiosnę znowu się pokazywała a o bliżej położonej Tomskiej dotąd wiadomości nie mamy. Bądź co bądź zrobiono tu wszystko co można dla walki z cholerą, rozrzucono wszędzie mnóstwo instrukcyj dla ludności i rady, jak się ma z tym gościem zachowywać a więc administracya na sumieniu nic mieć nie może

Najwyższem rozporządzeniem doszłem tu telegraficznie Syberya została uwolnioną od deportacyi, wyjąwszy kraju nadamurskiego; szczególnie Zabajkalia i wyspy Sachalinu; ściągać będą tem większą liczbę zesłanych, dotąd rozmieszczonych w różnych miastach Syberyi. Wszyscy spostrzegacze jednogłośnie i słusznie twierdzą, że tylko przestępcy chroniczni praktykujący przed zesłaniem profesye fałszerstw, kradzieży lub rozbojów i na dal gotowi są tem samem się trudnić, jeżeli możność się nastręcza. Zwykle uciekają oni z robót ciężkich, swobodnie przechodzą pieszo Syberyę o kawałku żebranego chleba i jeśli nie zostaną pojmani, dostają się do Rosyi europejskiej, gdzie jako włóczędzy, znani w urzędowym języku pod imieniem „brodiagów“, lub jako przestępcy recydywiści bywają schwytani i ponownie zsyłani do katorgi po dokonaniu nad nimi kary cielesnej. Takich kryminalistów chronicznych roboty ciężkie nie poprawiają. Inna rzecz z zesłanymi przypadkowymi zbrodniarzami, którzy popełnili występek pod wpływem uniesienia, pijaństwa lub chwilowego przechodowego obłędu; nie wnoszą oni destrukcyjnego i demoralizującego wpływu ani do więzień a tem mniej do miejscowego społeczeństwa, pośród którego następnie upływa ich życie. Przyjmują oni los swój zwykle z rezygnacyą i przeciw niemu nie szemrzą; przebywszy czas określony w robotach ciężkich, zamieszkawszy jako osiedleńcy oddają się nieraz pracy pożytecznej. Spotyka się ich często zajmujących się handlem, rzemiosłami a nieraz najmują się oni do usługi. Są między nimi i tacy, którzy doczekawszy się późnej starości, otoczeni rodziną umierają, zyskawszy sobie szacunek i poważanie miejscowego społeczeństwa. Ta część deportowanych zdaje się stwierdzać dowodnie, podtrzymując nieustanną walkę toczącą się pomiędzy jurystami i lekarzami, że ci ludzie, których chwilowe warunki od nich nieraz niezależne zrobiły przestępcami, nie mogą być psychologicznie poczytalnemi i że dla ich poprawy nie turm i robót ciężkich z całym atrybutem sądowo-prześladowczym potrzeba, lecz szkół poprawczych; w takim razie turmy przestałyby być szkołą kształcącą zbrodniarzy.

Istotnie, trzeba mieć wiele zasobów moralnych i siły charakteru, aby przeszedłszy turmę i roboty ciężkie nie uledz wpiywowi otoczenia i zachować ludzkie jeszcze zasady, A takich cichych i spokojnych pracowników z ekskatorżników spotyka się w Zabajkalii niemało. Jeden z nich, rodem z Charkowa, skazany naprzykład był za to, że zabił żonę, pchnąwszy ją na róg kufra; po przebyciu 8 lat w katordze służy jako stróż domu. Inny znowu z pod Niżnego Nowogrodu młodym chłopcem będąc, wespół z 13 innemi wciągnięty do kompanii w szynku, przyłożył rękę do zabicia nienawistnego we wsi koniokrada; po przebyciu 3 lat w robotach od lat 15 zajmuje się stolarstwem. Razu pewnego wszedł do mego mieszkania pewien człowiek po rosyjsku ubrany i zapytał, czy tu mieszkają „Polaki“. Okazał się litwinem z pod Rosień, przed 8 laty zesłanym do robót ciężkich za zabicie pod wpływem pijaństwa w szynku w bójce człowieka. Od trzech lat jest zwolnionym z robót i mieszka jako osiedleniec. Po litewsku zapomniał, nie nauczywszy się po rosyjsku. Przyszedł do miasta o wiorst przeszło 200 odległego, chcąc znaleść Polaka, aby mu powiedział, kiedy ksiądz będzie z objazdem rocznym; chce go zobaczyć, jak powiadał, bo od lat 8 nie widział a od lat trzech corocznie przychodzi i nie może trafić; teraz więc czekać tu postanowił. Większość zatem takich przestępców wymownie udowadnia, że niema okrzyczanego antropologicznego typu zbrodniarza Lombrosa.

Przestępców zahartowanych w zbrodni jako zbiegów schwytanych, wyćwiczonych wyśmienicie w prawach i karach do nich zastósowywanych, nie chcących odkryć swego nazwiska, nieraz lekarze zmuszeni są opatrywać, opisując fizyczną ich budowę, decydując, czy stan zdrowia pozwala ich pędzić pieszo, czy mogą wytrzymać chłostę. Bezczelność i cynizm tych zbrodniarzy przechodzą wszelkie granice; śmierć i życie najzupełniej im obojętne; stawiają je też ciągle na kartę. Oprócz fotografii, dziś w katorgach powszechnie używanej, bywają nieraz ślady i na ciele, które mogą zdradzać przestępcę. Spotykałem naprzykład na rękach i na nogach symetryczne blizny, prawdopodobnie od natarcia kajdan, na plecach od zadawanej chłosty. Dziś tę dawną osławioną katorgę syberyjską, znaną Europie z obrazów przesadnie nieraz malowanych, ożywił też pewien duch tolerancyi i przebaczenia dla występku, podobnie jak Pinel rozkuł i wyzwolił od prześladowania chorych umysłowych podczas rewolucyi francuskiej. I tu na krańcach cywilizacyi, dzięki wpływowi medycyny, na zbrodnię zaczynają patrzeć, jeżeli już nie jako na chorobę, to jako na przekroczenie przeciw socyalnemu ustrojowi społeczeństwa, kryjące się nieraz w nieznanej psychicznej naturze człowieka a z rozwojem nauki coraz trudniej postawić granicę, gdzie zdrowie a gdzie początek choroby? W miejsce więc zemsty nad nieszczęśliwymi, lecz bądź co bądź przestępcami dopuszczającymi się zbrodni, rozumiejącymi nieraz złe, lecz nie mogącymi się odeń powstrzymać, prawo stósuje litość i przebaczenie! I rzeczywiście zbiegi chętnie wracają do więzień i robót ciężkich w kopalniach Nerczyńskich, na karę do Petrowskiego zakładu i t. d., spotykając się z ludzkiem obejściem i pewnemi nawet wygodami, większemi nawet, niż w większej liczbie więzień rosyjskich. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Na V. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie (11., 12. i 13 lipca) dalsze wykłady zapowiedzieli:

12) Dr. Kryński (z Krakowa): W sprawie zakażenia z powietrza.

13) Tenże: O antyseptyce w jamie brzusznej.

14) Prof. Mars (z Krakowa): Przedstawienie atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych.

15) Prof. Rydygier (z Krakowa): Przyczynek do operowania raka sutka.

O dalsze zgłaszanie się uprasza *Prof. Rydygier.*

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarzy lubelskich za rok 1891/92.

W roku sprawozdawczym a 18-tym istnienia, Towarzystwo nasze odbyło 10 posiedzeń zwyczajnych, jedno uroczyste dla wyboru zarządu i jedno nadzwyczajne. Głównym przedmiotem zajęć Towarzystwa w czasie posiedzeń była medycyna praktyczna. Ważniejsze prace, odczytane lub wypowiedziane na posiedzeniach, były następujące:

Kol. Biernacki: O finansowym rozwoju Towarzystwa. — Kol. Dobrucki: Poród bliźniętami. — Kol. Downar: 1) *Retinitis albuminurica.* 2) Ciekawy przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów serca. 3) Sprawozdanie okulistyczne z 6-go Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. 4) Sprawozdanie z doświadczeń Reussa i Lorenza dotyczących wyższości pisma pionowego nad skośnem ze względów higieny. — Kol. Jaczewski: 1) Epidemia tyfusu w r. 1891/92. 2) Zapalenie nerwów rozsiane. 3) Przyczynek do histeryi. — Kol. Janiszewski: Projekt powiększenia funduszów Towarzystwa. — Kol. Jaworowski: 1) Przypadek uwięźnięcia macicy tyłozgiętej. 2) Przypadek *fissurae sterni.* 3) Poród opóźniony płodu stłuszczałego. 4) Przypadek porodu nagłego. 5) Sprawozdanie z sekcyi ginekologicznej 6-go Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. — Kol. Klarner (z Bełżyc): Niejakie wskazówki co do chorobliwości pomiędzy naszą ludnością. — Kol. Olechnowicz: 1) Dwa przypadki skrytych postaci suchot płucnych. 2) Przypadek stałego zatkania dróg żółciowych. 3) Przypadek porodu nagłego. — Kol. Staniszewski: *Ulcus primitivum* na tylnej ścianie gardziela. — Kol. Tetz: Demonstracye reakcyj chemicznych przy badaniu soku żołądkowego. — Kol. Zagórski: 1) O leczeniu nowotworów złośliwych w przypadkach nie dających się operować. 2) O obrzezaniu przy zrośnięciu napletka z żołędzią. 3) O działaniu chlorku etylu.

W roku ubiegłym były bardzo liczne demonstracye chorych z rozmaitych gałęzi medycyny. Przeważna ilość była z działu chirurgii, demonstrowanych przed lub po operacyach przez koll. Zagórskiego i Dobruckiego. Z działu okulistyki demonstrował kilka rzadkich i ciekawych przypadków kol. Downar, z działu ginekologii kol. Jaworowski. Z działu medycyny wewnętrznej było także parę ciekawych demonstracyj chorób nerwowych.

Kol. Kwaśniewski, inspektor lekarski, zdawał sprawę z epidemij panujących na prowincyi i z przebiegu narad władz co do zbudowania kamery desinfekcyjnej dla szpitali miejskich i miasta.

Kol. Głogowski podnosił głos w kwestyi higieny praktycznej. Za jego inicyatywą utworzoną została komisya higieniczna, która opracowała parę projektów dotyczących asenizacyi miasta, z których jeden przedstawiony odnośnym władzom, natychmiast urzeczywistnionym został.

Na ostatniem posiedzeniu kol. Biernacki podniósł na nowo myśl utworzenia stałej komisyi higienicznej, wskazując drogę do uzyskania środków materyalnych — niezbędnych, ażeby komisya mogła rozwinąć swoją działalność na szerszą skalę.

Taki w streszczeniu jest obraz działalności Towarzystwa za rok ubiegły. Co do składu Towarzystwa, to ilość członków czynnych miejscowych pozostała bez zmiany, t. j. 26; członków honorowych 5, członków czynnych zamiejscowych 12 i członków korespondentów 17.

Dochód Towarzystwa wyniósł	rs.	355	k.	71
Wydatki	„	235	„	91
Pozostało	rs.	119	k.	80
Fundusz żelazny wynosi . .	rs.	332	k.	81

(*Medycyna*).

— Najświeższy (50) numer paryskiego dziennika lekarskiego *La médecine moderne* zawiera dokładne streszczenia dwóch prac umieszczonych niedawno w *Przeglądzie lekarskim*: Dra Bronisława Olszewskiego z oddziału prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza o działaniu przeciwpotnem płynnego wyciągu *hydrastis canadensis* u gruźliczych i Dra Watraszewskiego, lekarza naczelnego szpitala św. Ducha w Warszawie, o użyciu mydeł kalomelowych w miejsce szaruchy.

— W roku 1891 zmarło w cesarstwie niemieckim 40 osób na ospę, z których 6 było poddanych cesarstwa rosyjskiego, tak, iż na ludność właściwą Niemiec przypada tylko 34 przypadki śmierci. W ogólności przypadki śmierci z ospy u osób do lat 30 widziano tylko u nieszczepionych lub szczepionych tylko raz bez skutku. Osoby ze skutkiem rewakcynowane z wyjątkiem jednej chorowały na ospę tylko bardzo lekko.

— Jeneralny lekarz sztabowy Dr. Kraus przedłożył delegacyom wykazy śmiertelności w armii austrowęgierskiej za lata 1870 do 1889. W stosunku do roku i tysiąca stojących pod bronią umarło w r. 1870: 13·5, 1871: 13·4, 1872: 14·7, 1873 (cholera) 15·8, 1874: 11·8, dalej malała ciągle śmiertelność do roku 1878 i 1879, w których podniosła się z powodu zajęcia Bośnii i powstania w Dalmacyi do 12·4, względnie 12·8, wynosiła w r. 1880 8·9 a odtąd malała statecznie prawie ciągle i doszła w roku 1889 do 4·5. Cyfry te świadczą bardzo dobrze o trafności użytych do poprawy zdrowia żołnierzy środków.

— *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15. września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych w egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, Dr. *Brodowski.*

— W jednych koszarach monachijskich wybuchła epidemia duru brzusznego, która od 20. maja dotychczas wystąpiła w 250 przypadkach, z tych w 7 zakończyło się śmiercią. Uderzającą jest rzeczą, iż epidemia ta dotknęła tylko żołnierzy z jednego pułku i to pobierających jadło ze wspólnej, zresztą bardzo wzorowo urządzonej kuchni, nie wystąpiła zaś ani u żołnierzy innych pułków ani u podoficerów żonatych tegoż samego pułku, jadających atoli osobno ze swemi rodzinami. Ponieważ wszyscy żołnierze tych koszar używają tej samej wody a żywność zakupują z tychże samych źródeł, przeto epidemia ta jest całkiem zagadkowa. Pierwotne przypuszczenie, iż przyczyną epidemii mogłyby być konserwy jarzyniane, wydawane żołnierzom, upadło wobec tego, iż żołnierze innych pułków używają konserw z tejże samej fabryki i że do sporządzenia tych konserw potrzeba ciepła wrzącej wody; wiadomo zaś, że laseczniki durowe giną już z pewnością w ciepłocie 60—70° C. Epidemia ta zupełnie odosobniona obecnie znacznie już maleje.

— **Nekrologia**. W dniu 24. czerwca b. r. zmarł w Rabce Dr. Ignacy Porębowicz. Urodził się w Sosnowcu w Król. Polskiem 31. lipca 1863 r. Nauki lekarskie kończył w wszechnicy Jagiellońskiej, gdzie też 8. lipca 1887 r. otrzymał stopień Doktora wszech nauk lekarskich. Mając zamiar poświęcić się studyom zawodowym w zakresie chorób dzieci wstąpił na praktykę do szpitala św. Ludwika 1. września 1887. Sekundaryuszem I. mianowany 1. stycznia 1888, pełnił obowiązki gorliwie i sumiennie do 31. marca 1890. Od tego czasu praktykował w miesiącach letnich jako lekarz zdrojowy w Rabce.

Skromny, cichy i dobry zaskarbił sobie wnet poważanie i szacunek u ludzi; delikatnością i niepospolitym taktem umiał

i mógł zjednać sobie zaufanie i wziętość w szerokich kołach cierpiącej ludzkości. Jako specyalista w chorobach dzieci wiedział jak z niemi postępować; to też zawsze był od nich szczerze lubianym.

W gronie kolegów wysoko ceniony, pozostanie na zawsze w ich pamięci; przybyli też oni licznie z wieńcami na oddanie ostatniej przysługi.

Nad grobem przemówił w gorących słowach kolega Dr. Leonard Orzechowski z Tarnobrzegu, żegnając go w imieniu rodziny, świata lekarskiego, kolegów, przyjaciół i dzieci.

Cześć jego pamięci!

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5-go lipca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany wykład kol. Mayzla; 2) kol. prof. Walentowicz będzie mówić o wartości dyagnostycznej malleiny; 3) Dr. Łucki z Oświęcima poda wiadomość o ciekawym przypadku choroby gorączkowej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 29.919. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie opróżnioną jest posada Dyrektora szpitala; celem jej obsadzenia rozpisuje Wydział krajowy niniejszem konkurs:

Dyrektor pobierać będzie płacę o rocznych tysiąc sześćset (1600) zł. w. a. (3200 koron), będzie miał prawo do trzech dodatków pięcioletnich po trzysta (300) zł. w. a. (600 koron) i obowiązek mieszkania w szpitalu, jeżeli w tym celu da się w przyszłości uzyskać odpowiednie umieszczenie; obecnie zaś pobierać będzie Dyrektor rocznie sześćset (600) złr. w. a. (1200 koron) tytułem relutum na opał i mieszkanie, które powinno znajdować się w pobliżu szpitala.

Posada ta jest stałą i daje prawo do emerytury.

Podania o nadanie tej posady mają być wnoszone do Wydziału krajowego **najdalej do 15. sierpnia b. r.**

Do podania załączyć należy metrykę chrztu, względnie urodzenia, krótki życiorys, dyplom doktora medycyny i chirurgii, uzyskany na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, oraz świadectwo, stwierdzające uzdolnienie kandydata i dotychczasową jego działalność w służbie szpitalnej; warunkiem otrzymania tej posady jest także znajomość języka krajowego.

Z Rady Wydziału krajowego
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem.

We Lwowie, dnia 13. czerwca 1893.

111—3—2 *Grott.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.